

Afectación de pacientes por traslados recurrentes a afiliados a Medimas

Ciudad de Pamplona 2019

Alexandra Reyes Buitrago

Escuela de ciencias jurídicas y políticas

Universidad nacional a distancia UNAD

28 de Junio del 2019

Especialización en Gestión pública, Universidad de Pamplona

Afectación de pacientes por traslados recurrentes a afiliados a Medimas

Ciudad de Pamplona 2019

Alexandra Reyes Buitrago

Escuela de ciencias jurídicas y políticas

Universidad nacional a distancia UNAD

28 de Junio del 2019

Especialización en Gestión pública, Universidad de Pamplona

NOTA DE ACEPTACIÓN

Evaluator:

Ciudad, Fecha de sustentación: DIA_____ MES_____ AÑO_____

Contenido

Introducción	11
1. El problema.....	13
1.1 Planteamiento del problema	13
1.2 Formulación del problema	15
2. Justificación	16
3. Objetivos.....	18
4. Marco Conceptual y teórico.....	19
5. Análisis y resultados	32
6. Conclusiones.....	46
7. Recomendaciones	48
8. Referencias Bibliográficas	49
9. Anexos	52

Dedicatoria

Este nuevo logro se lo dedico a mis dos hijos Javier Manuel y Pedro Alejandro que son mi mayor fortaleza y mi gran motivación de crecer como profesional.

A mi pareja Pedro Alonso Leal quien se ha convertido en mi acompañante de vida en las adversidades y en mis triunfos.

A mis padres Manuel Antonio y Amparo, a mis hermanos, Luz Amparo y Manolo que siempre han creído en mí y de alguna manera me han ayudado con consejos, con apoyo y con sus palabras.

Agradecimientos

Primero que todo doy gracias a Dios por todas las bendiciones recibidas. A mi familia por su apoyo. A mis docentes por su tiempo, dedicación y su colaboración en esta etapa de aprendizaje. A la universidad por ser la institución que me otorgo esta nueva oportunidad, y a cada una de las personas que me colaboraron y me orientaron para finalizar esta etapa como especialista.

A todos gracias Infinitas.

Resumen

El presente trabajo de investigación, modalidad monografía titulado “Afectación de pacientes por traslados recurrentes a afiliados a Medimás Ciudad de Pamplona 2019” estuvo enfocado a la identificación de las posibles afectaciones a los afiliados a esta EPS, el cual están determinadas a través de la asistencia general en la autorización de citas, atención de urgencias, y las diferentes afectaciones que estén expuestos los pacientes que conforman MEDIMAS Pamplona, y que son atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona. De esta manera este trabajo realizó un recuento teórico acerca del proceso que ha venido cursando en los últimos años, los cambios recurrentes de nuevas entidades de salud, hasta llegar a la actual Medimás, y de esta manera conocer como a nivel legal se han venido modificando las condiciones para la prestación del servicio. Adicionalmente este documento expresa información relevante con respecto a la gestión que ha realizado el Hospital San Juan de Dios, como resultado del cierre de la clínica Pamplona, y el cual es la única entidad en la ciudad que atiende los pacientes provenientes de Medimás Pamplona. Por último este trabajo aporta una serie de recomendaciones para continuar con nuevas indagaciones con respecto al manejo que se le está dando a la atención de los afiliados a la EPS Medimás, con miras a mejorar los servicios que esta población requiere y así mejorar la calidad de vida, sin afectar la asistencia médica a pacientes diferentes a la EPS estudiada.

Palabras clave: Atención médicas, Calidad de vida, pacientes, plan obligatorio de salud

Abstract

The present research work, monograph modality entitled “Affectation of patients due to recurrent transfers to affiliates of Medimás Ciudad de Pamplona 2019” was focused on the identification of the possible effects on members of this EPS, which are determined through assistance general in the authorization of appointments, emergency care, and the different affectations that are exposed to the patients who make up MEDIMAS Pamplona, and who are treated at the San Juan de Dios Hospital in Pamplona. In this way, this work carried out a theoretical account of the process that has been taking place in recent years, the recurrent changes of new health entities, until reaching the current Medimás, and in this way to know how they have been modified at the legal level the conditions for the provision of the service. Additionally, this document expresses relevant information regarding the management of the San Juan de Dios Hospital, as a result of the closure of the Pamplona clinic, and which is the only entity in the city that treats patients from Medimás Pamplona. Finally, this work provides a series of recommendations to continue with new inquiries regarding the management that is being given to the attention of members of the EPS Medimás, with a view to improving the services that this population requires and thus improving the quality of life, without affecting medical assistance to patients other than the EPS studied.

Keywords: Medical care, Quality of life, patients, mandatory health plan

Lista de Figuras

Figura 1. Primera pregunta.....	32
Figura 2. Segunda pregunta.....	33
Figura 3. Tercera pregunta	34
Figura 4. Cuarta pregunta.....	35
Figura 5. Quinta pregunta.....	36
Figura 6. Pregunta seis	37
Figura 7. Pregunta siete	38
Figura 8. Pregunta ocho	39

Lista de anexos

Introducción

El término de seguridad social aparece en los Estados Unidos en una primera instancia en el año de 1936 promulgada por el presidente Franklin D. Roosevelt, con el propósito de hacer frente a la crisis económica que arrasaba el país, e impedir los trastornos sociales que podrían producirse considerando la seguridad social como un sistema de integral.

La seguridad social en Colombia según (Nugent, 1997), se inició a finales del siglo XIX y se extendió hasta mediados del siglo XX, en donde, la acción del Estado estaba reducida a la inspección y vigilancia, coacción y educación sobre la higiene y el ambiente y sus vinculaciones con las principales enfermedades, y no fue hasta el año de 1946, en donde aparece el Instituto de Seguros Sociales (ISS), y en donde la actual seguridad social es instituido formalmente por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales pueden tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana (Departamento nacional de Planeación, 2016).

Es así como después de varios intentos, la ley 100 fue aprobada por el Congreso con el fin de no perjudicar el proyecto de reforma pensional, y se constituye el SGSSS en 1993 en el marco del SGSSI, apareciendo la figura del régimen contributivo y subsidiado, siendo las EPS encargadas de su gestión.

Es así como el presente trabajo tiene por objeto identificar el nivel de afectación de los afiliados a MEDIMAS en la ciudad de Pamplona, teniendo en cuenta los traslados recurrentes que estos pacientes han tenido desde sus EPS iniciales, resultado del cambio normativo y legal que han sido resultado de las decisiones gubernamentales. De esta manera el tipo de investigación utilizado, resultado de esta monografía, fue mediante el uso de instrumentos metodológicos como lo es la encuesta y la entrevista, el cual el procedimiento principal es a través de un muestreo monoetápico probabilístico, en donde todos los elementos de la población tienen una probabilidad conocida

de ser seleccionados tomando como población una parte de los afiliados a la EPS MEDIMAS Pamplona, el cual se obtuvo una muestra del total de afiliados en la ciudad de pamplona.

1. El problema

1.1 Planteamiento del problema

El régimen de seguridad Social Integral en Colombia fue instaurado según la Ley 100 de 1993 en la cual se mencionan un conjunto de entidades, reglas y procedimientos a los que tienen derechos los ciudadanos colombianos, con el objetivo de asegurar a cada individuo una calidad de vida y servicios de salud que satisfagan las necesidades más básicas o complejas que requiere la dignidad humana. Esta ley hace parte del Sistema de Protección Social apoyándose en las políticas, normativas y procedimientos de protección laboral y asistencia social (Departamento nacional de Planeación, 2016 a).

Con el pasar del tiempo se han evidenciado un sinnúmero de situaciones problemáticas propias del sistema, como lo son, la desigualdad en la distribución de los recursos humanos que se entregan a las diferentes regiones del país, las altas demandas poblacionales de los servicios que fueron prescindidos del Plan Obligatorio de Salud (POS) , las diferencias significativas en la cobertura entre el plan brindado al régimen contributivo y el del régimen subsidiado, los conflictos que se desarrollan entre las empresas prestadores de servicios de salud EPS y las aseguradoras en salud, la disminución de la capacidad institucional a lo largo del territorio nacional, así como la escasa autonomía de las prestadoras de servicios de salud y las crisis de hospitales públicos que se viven en todo el territorio nacional, son solo algunas de las inciertas más relevantes que representan a estas instituciones (Rozo, García, Moreno, & Moreno, 2017).

En el año 2017, para (Manga, 2019), la sociedad por acciones simplificadas Medimás inició sus labores con los pacientes que heredó de la empresa de servicios de salud Cafesalud perteneciente al Grupo SaludCoop, que tras una multimillonaria compra de sus activos, prometió a sus más de cinco millones de afiliados mejorar la prestación de sus servicios de

salud. La nueva EPS proponía un modelo de atención novedoso que pretendía dejar en el pasado todos los antiguos traumatismos que representaba la propia Cafesalud y sus antecesoras. Presuntamente la nueva adjudicación de dicha entidad iba a representar la solución a casi todos los problemas, ya que los compradores contraerían las obligaciones pendientes con el compromiso de saldarlas en su totalidad, y así también los pasivos de Medimás y Esimed de modo tal que se obtendría la conciliación total de las diferencias legales y contractuales entre los ahora accionistas que hacían parte de la venta de Cafesalud.

Las múltiples fallas en la atención prestada por la entidad, así como los numerosos conflictos internos que aunque no la convertían en la peor EPS del país si representan un blanco importante para los constantes ataques, que finalmente derivaron en un círculo vicioso, descrito por las acciones que conocimos previamente gracias a sus antecesoras, como lo eran: la atención deficiente a los usuarios, el bombardeo de acciones legales que terminarían por mantener a la defensiva a su directiva, mientras que el desprestigio aunque merecido, era también en sobremanera aumentado por los medios de comunicación, para concluir consiguiendo solo más fallas en la atención, más acciones legales y más desprestigio para la entidad.

Por lo anterior si bien la legislación y la reglamentación del sistema de salud, estableció que, con el propósito de salvaguardar el equilibrio financiero del Sistema de Seguridad Social en Salud se crea el Plan Obligatorio de Salud, al cual se encontrarán sujetas las Entidades Promotoras de Salud (EPS), dicha regla no es absoluta, pues la Corte Constitucional en reiterada jurisprudencia ha señalado que, para negar un tratamiento o medicamento que no se encuentre dentro del Plan Obligatorio de Salud, se debe estudiar el caso concreto, y bajo conceptos científicos o médicos determinar si procede o no el suministro del mismo, en atención a la prevención, conservación o superación de circunstancias que impliquen afectación del derecho a la salud, pues negar el insumo de

servicios médicos por no estar contemplados en el POS, atenta directamente contra dicho derecho (Sentencia t-499, 2014).

1.2 Formulación del problema

¿Existe algún grado de afectación en los usuarios de MEDIMAS Pamplona por los cambios recurrentes de su sistema de salud?

2. Justificación

El Principal objetivo del régimen de seguridad social integral es el de resguardar los derechos de los ciudadanos, de tal modo que accedan a desarrollarse en equilibrio con la calidad de vida de manera que aseguren el buen desempeño de las prestaciones tanto económicas como los servicios generales y de urgencias, así como los servicios complementarios a sus afiliados, considerado como un Servicio Público fundamental y que se rigen por los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación, garantizando un servicio oportuno y de calidad, salvaguardando la salud integral de la población colombiana.

Es así como el Sistema General de Seguridad Social en Salud según el (MinSalud, 2014), está integrado por: El Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control; las Entidades Promotoras de Salud (EPS), responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Ministerio de Salud y Protección Social Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud 12 Salud a los afiliados; y las instituciones prestadoras de salud (IPS), que son los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargadas de prestar la atención a los usuarios. También hacen parte del SGSSS las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud

Dicho lo anterior este trabajo pretende conocer inicialmente dar a conocer las características legales y administrativas que existe actualmente en los cambios recurrentes que han llevado a MEDIMAS a acoger un sinnúmero de afiliados provenientes de otras EPS, y que resultado de esto ha generado molestias en sus afiliados, a tal punto de estar atiborrados de exigencias legales, que según los pacientes no son resueltas y que deben mejorarse, a beneficio de los afiliados, ya que la legislación colombiana los cobija con una serie de garantías y derechos fundamentales a que tienen derecho con eficiencia y celeridad.

Es así como también este trabajo pretende dar a conocer el nivel de afectación en la prestación de los servicios de MEDIMAS, realizado a través del hospital san juan de dios de Pamplona, esto con el propósito de revelar la verdadera realidad en la atención de los servicios generales y especializados, así como la atención de urgencias, pues desde el año 2018, el hospital presta los servicios de atención a todos los afiliados, esto como resultado del cierre de la clínica Pamplona.

De esta manera este trabajo se justifica en descubrir la verdadera afectación, y por ende dejar plasmado, cuales servicios actualmente se están viendo afectados, esto con el propósito final de aportar una serie de recomendaciones a la entidad encargada, así como al prestador del servicio, de manera tal que puedan continuar en la prestación del servicio sin tantas quejas y reclamos que los afiliados han dado a conocer por los diferentes medios, y por ende mejorar el servicio y la calidad prestada por la empresa encargada (MEDIMAS), actualmente de salvaguardar la salud de los ciudadanos pamploneses, a consecuencia de los cambios recurrentes y traslados a nuevas entidades de salud, que han sido objeto en los últimos años.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

- Identificar el grado de afectación de pacientes del municipio de Pamplona afiliados a Medimás por el traslado recurrente a nuevas entidades de salud.

3.2 Objetivos específicos

- Analizar las características legales y administrativas en la prestación del servicio de salud a partir de los cambios recurrentes hasta la actual Medimás.
- Determinar las características sociodemográficas de los usuarios de salud que ofrece la EPS MEDIMAS en el municipio de Pamplona.
- Describir la gestión que las entidades de salud del municipio de Pamplona han realizado con respecto a la afectación de los pacientes por los traslados recurrentes.

4. Marco Conceptual y teórico

La Salud para (Pérez, 2011), citado por (Salazar, Gallego, & Usme, 2016), es un concepto social edificado a partir de las experiencias, y según el contexto en que se encuentre, y subyace de la idea de una persona sana, con un equilibrio corporal y mental acondicionado a su ambiente físico y social, en donde sus capacidades físicas y mentales se adaptan a los cambios ambientales y que contribuye al bienestar de la sociedad en la medida de sus posibilidades, con una actitud alegre hacia la vida y la aprobación entusiasta de las responsabilidades que la vida impone a la persona, no siempre vista solo como una enfermedad

El concepto de salud para la OMS¹ de otra manera está ordenado con el modelo holístico, y fortalece la evocación positiva de la salud, que algunos críticos han aludido su carácter utópico e inalcanzable del concepto, el cual no resulta útil usarlo como meta para los servicios de salud, y depende del contexto cultural y no toma en consideración diferentes dimensiones.

Así pues la salud según Castro (2005), citado por (Fonseca, Gonzalez, & Guevara, 2015 a), en Colombia como compromiso del estado ha acontecido por diferentes fases, en cuanto a su evolución como responsabilidad del Estado, y que data desde la época de conquista e independencia del Estado Colombiano, que va desde la introducción de lo que se designa como las reformas borbónicas, basadas en la introducción del discurso de la ciencia en la sociedad y prescindiendo de ideas religiosas y supersticiosas, en especial en el campo de la atención en salud.

¹ Organización mundial de la salud

Por lo tanto el sistema de salud en Colombia posee dos grandes fortalezas en relación a otros países el cual garantiza cobertura y acceso universal, pero sin embargo, estos resultados son repetidamente ensombrecidos por el efecto de lidiar con ese sistema, sin desmeritar que todos los ciudadanos colombianos pueden ir al médico a que le traten cualquier enfermedad, con la negativa de que el servicio que se presta en muchos casos no es el conveniente, ni es el adecuado (Revista semana, 2017).

El sector salud colombiano experimentó una serie de importantes innovaciones en las últimas décadas, el cual paso de uno que financiaba básicamente la oferta pública en salud a uno administrado principalmente a subsidios a la demanda, a través de los regímenes contributivo y subsidiado, seguidos de múltiples limitaciones en los últimos años que afectan al sector salud en la manera en la que está organizada la provisión de los servicios, como es la calidad, la ineficiencia en el manejo de los recursos, repercutiendo en la crisis financiera de los hospitales públicos (Morón & Finol, 2015).

Por lo tanto, el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (SGSSS) se constituye como un modelo integral fundado en un esquema que accede a instituciones públicas y privadas para dirigir y prestar el servicio de salud, referenciados como el régimen contributivo (RC) que afilia a los trabajadores asalariados, los trabajadores independientes y pensionados y el régimen subsidiado (RS) que afilia a todos los ciudadanos colombianos sin posibilidad de ingresos para costearlo (Chamorro, Cepeda, & Fajardo, 2018).

Por ende a principios de la década de los noventa, en el marco de la transformación del Estado y la redirección de la política social, la financiación, transformó el entonces Sistema Nacional de Salud (SNS), por el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), pero que a consecuencia en los últimos años, se han desarrollado luchas por la salud en Colombia denunciando los graves problemas en la atención.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue fundado en 1993 con la Ley 100, ha sido modificado por la Ley 1122 de 2017 y la Ley 1438 de 2011, así como por variadas resoluciones y decretos, y que en el momento actualmente lo rige el Decreto Único Reglamentario del sector salud y de protección social 780 de 2016 el cual agrupa las diferentes normas que regulan nuestro sistema.

Siendo así según la Ley 100/93, tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad en general, para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten, así como las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico de salud y servicios complementarios (ley 100, 1993).

Es entonces como el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (SGSSS) según (Porrás & Gorbanev, 2013), se estableció a partir de la Ley 100, con una serie de principios que lo cobijan como lo son la universalidad, cobertura, integralidad, solidaridad, igualdad, suficiencia, participación y unidad, y que a su vez sustituyó al Sistema Nacional de Salud el cual se había instituido en 1975 y creó un nuevo sistema basado en el aseguramiento del cual se derivan las relaciones entre: asegurados, “empresas promotoras de salud (EPS)” y las “instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

En el mismo sentido lo enuncia el artículo 4° de la Ley 100, la cual lo clasifica como un servicio público de carácter obligatorio y esencial, más no como un derecho fundamental, y que ha conducido a una transformación doctrinal y jurisprudencial, que ha permitido catalogar ciertos servicios de la seguridad social como primordiales y por ende de atención inmediata, como es el caso del derecho a la salud, y que según la corte constitucional tiene la

connotación de ser un derecho fundamental y de aplicación inmediata por ser el mismo presupuesto necesario para la existencia del hombre (Fonseca, Gonzalez, & Guevara, 2015 a).

Al mismo tiempo es importante subrayar la importancia que genera para el bienestar de los ciudadanos el buen funcionamiento del sistema de salud, puesto que establece y genera la buena calidad de vida de sus afiliados, de manera tal que repercuta en su entorno social y económico, base fundamental de una población sana y por ende disminución en los recursos dirigidos al sistema para ser tenidos en cuenta para contingencias especiales de salud, que la población pueda necesitar.

De esta manera y teniendo en cuenta lo anterior, (Botero, 2008), se crea el Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para Colombia (SOGC), fruto del trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud (actual Ministerio de la Protección Social) y el Consorcio internacional conformado por la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y QUALIMED, con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

Dicho lo anterior y a partir de las diferentes estrategias y surgimiento de nuevas entidades de salud, así como el surgimiento de la ley 100, aparece muchos inconvenientes que aquejan la salud de los colombianos y que hasta el momento es el pan de cada día, pues muchas de las entidades creadas para beneficiar a los ciudadanos colombianos, han estado empañada de diferentes aspectos legales y de corrupción, el cual han desmejorado la salud y empobrecido a variados sectores que deterioran las circunstancias de salud.

Por otra parte lo recalca en este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por (Ramírez & López, 2011), en un informe planteó:

“La globalización está afectando a la cohesión social de muchos países, y no cabe duda de que los sistemas de salud, elementos fundamentales de la estructura de las

sociedades contemporáneas, no están funcionando todo lo bien. La gente está cada vez más descontenta ante la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades, y ante el hecho de que los servicios prestados no sean acordes con sus expectativas.(p.68).

No obstante las desigualdades sociales se han transformado en un componente de peligro para la salud en Colombia, que se transcribe en enfermedades que acaban siendo mal operadas y transfieren a sobre costos en el sistema de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por (SEMANA, 2020), define estos determinantes como:

“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos en los niveles mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (p.1).

De esta modo, uno de las múltiples dificultades que afronta el país está dada por la corrupción que progresa y abarca tanto lo público como lo privado, a nivel nacional, departamental y municipal, el cual se financia en más del 75% con dineros públicos, y que en la actualidad traspasa una contexto financiera muy complicada en la que se han descubierto cuantiosos procesos de corrupción con pagadores, prestadores, profesionales, trabajadores, afiliados y pacientes (Revista Dinero, 2017).

Dicho lo anterior tenemos como el ejemplo más cercano el problema de los traslados recurrentes de las entidades de salud, en este caso Saludcoop, que nació a principios de los años 90 como una cooperativa de servicios de salud y que a partir del año 2000 asumió un desarrollo acelerado, a tal punto de transformarse en la más EPS más grande del país, con 4,6 millones de pacientes (Diario el País, 2015).

Tal razón y su rápido desarrollo de saludcoop, llamaron la atención de los entes de control, que confirmaron que estaba utilizando los recursos parafiscales y de los usuarios en alteraciones nunca antes vistas, como equipos biomédicos y la conformación de empresas, en el exterior, que inclusive provocaron grandes pérdidas económicas y financieras, y que aprovechando los vacíos jurídicos de la época consolidó una red de servicios con infraestructura subsidiada por el estado colombiano, con el agravante de que todo quedó en manos de la EPS y sus asociados, y no de los afiliados (El tiempo, 2019 a).

En ese contexto según (El tiempo, 2019 a), no todas eran propiedad de Saludcoop EPS. “Había inversionistas distintos en algunas empresas que comenzaban a presentarse dentro del mismo grupo con ánimo de lucro bajo el marco de sociedades limitadas que se sumaban a Cafesalud y Cruz Blanca que sí tenían ánimo de lucro, es decir era sociedades anónimas”, decía un documento de entonces de la Superintendencia de Salud.

Resultado de esto, una desbordante oleada de acontecimientos perjudiciales resultaron en poco tiempo con grandes dificultades en la atención a los usuarios de esta EPS, dificultad que se remontó en la liquidación de Saludcoop para el 1º de diciembre de 2015, cuando se ejecutó la transferencia de más de cinco millones de usuarios a Cafesalud, y que convertiría a una de las EPS más pequeñas del país en la más grande del sistema (El espectador, 2017)

Finalmente Cafesalud pasó a ser la EPS con 6,5 millones de usuarios y aunque perteneciente al bloque de liquidación de Saludcoop era una empresa supuestamente saneada con una influencia de mayor eficiencia y que quedaba lista para venderse, resultando también efectos negativos en todo este proceso y que para el 1 de agosto del 2017, Medimás comenzó operaciones con los pacientes que heredó de Cafesalud, tras una multimillonaria compra de sus activos, los más de cinco millones de afiliados pensaron que acabaría la tortura, con el agravable de tener para el 2018 una tasa anual de quejas de 24,2 por cada 1.000 afiliados del régimen contributivo y de 14,2 en el subsidiado, indicadores peores que los de Cafesalud en el 2016 (El tiempo, 2019 a)

De tal forma la revocatoria de la venta de Cafesalud a Medimás por petición de la agente liquidadora de Saludcoop, y anunciada por la Procuraduría General de la Nación, es un capítulo más en la compleja historia de la salud en Colombia, y que actualmente citado por la revista (Revista Dinero, 2020), el problema de Medimás, según lo informó la Procuraduría, se dio precisamente por el cierre de 8 clínicas de las 19 que integran ESIMED, sumado a la falta de pago de los cánones de arrendamiento, deuda que asciende a más de \$32.000 millones, así como a los líos en la atención de los usuarios.

MEDIMÁS EPS es una Sociedad por Acciones Simplificada que nació a partir del plan de reorganización institucional aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 2426 del 19 de julio de 2017 e inició el 1 de agosto de 2017 operaciones como un nuevo operador del aseguramiento en Salud en Colombia, con la cesión de los afiliados de Cafesalud EPS S.A, por lo tanto la sociedad Prestnewco S.A.S ejerce situación de control y grupo empresarial sobre Medimás EPS S.A.S. con el Centro Nacional de Oncología con un (47,17%), la Organización Clínica General del Norte SA (7,55%), Procardio Servicios Médicos Integrales Ltda. (7,55%), Medplus Medicina Prepagada SA (7,55%), Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital San José (3,77%), Hospital Universitario San José (3,77%), Medicalfly SAS (3,77%), Miocardio SAS (3,77%), Corporación Nuestra IPS (3,77%), Cooperativa Multiactiva para los Profesionales del Sector Salud (3,77%), Fundación Esensa (3,77%) y Fundación Saint (7,55%). (El espectador, 2019).

A la fecha MEDIMAS EPS S.A ha tenido solo algunos cambios en sus accionistas, el cual equivale a la salida a Clínica General del Norte y el grupo conformado por Medicalfly y Miocardio, quienes vendieron sus acciones a SEED Investment SAS y JARP Inversiones SAS, los cuales tendrían la misma participación de los grupos salientes. Sin embargo, en el acuerdo de compra accionaria se estableció que las compañías salientes seguirán siendo las responsables directas ante Saludcoop en liquidación de la deuda por la que

se adquirieron hace casi tres años las acciones de Cafesalud, transformada luego en Medimás EPS.

Dicho lo anterior según la Superintendencia Nacional de Salud instala en las regiones mesas de seguimiento con líderes de asociaciones de usuarios de **EPS Medimás**, para conocer aspectos relacionados con la prestación y velar porque se garantice el acceso a los servicios de salud a los usuarios, realizando un seguimiento de cerca a la operación de la EPS, con el objetivo verificar que los derechos en salud de sus usuarios y garantiza que los servicios se presten en términos de calidad, integralidad y oportunidad. Por lo tanto hoy la **EPS Medimás** continúa prestando sus servicios de manera ininterrumpida a sus cerca de 4 millones de afiliados.

En conclusión, Medimás proviene de una historia en la que los antecedentes son la caída de Saludcoop, y la caída de Cafesalud. Medimás, con el tiempo, tendrá que distribuir los 4 millones de afiliados de acuerdo a las directivas de la Supersalud.

Es por esto que según (Triviño, 2013), el sistema de salud en Colombia experimenta una dinámica de insostenibilidad financiera debido a los malos manejos de los recursos que lo financian, a los exagerados y malversados recobros al Fosyga y a los diversos problemas institucionales y de regulación. Una de las dificultades estructurales que enfrenta el sistema es la tendencia creciente del recobro que hacen las EPS al Fosyga, derivado de la mayor prestación de servicios no pos accedidos a través de acciones judiciales y de las decisiones tomadas en los comités técnico-científicos.

Según el diario el (El Tiempo, 2018), la Contraloría General de la nación documentó a 10 EPS reconocidas que realizaron recobros irregulares al entonces denominado Fosyga, procedente de procedimientos y medicamentos que debían estar incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), y que incluía una lista de beneficios para los usuarios que debían

ser asumidos por esas entidades y se pagan con los recursos que el Estado les transfiere por su número de afiliados, y provienen de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), es decir, de lo que se les descuenta por salud, cada mes, a todos los colombianos.

De esta manera con estas acciones, según la Contraloría, se produjo un detrimento patrimonial de 6.376 millones de pesos, y 4.485 millones recaen al perjuicio originado por tutelas falsas y servicios no prestados y a su vez un detrimento de, 838 millones, correspondientes a sobrecostos, el cual el total se acrecienta a más de 6.300 millones a causa de la variación del Índice de Precios al Consumidor (Revista Semana, 2016).

Es así como se evidencio y unas de las causas el cual saludcoop se liquidó, fue que la EPS no efectuó con lo explicado en su objeto social, debido a que los recobros que se descubrieron al Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) fueron de beneficios en salud para personas fallecidas y personas que presentaron acciones de tutela y que fueron engañados, lo que implicó la desacreditación de la prestación del POS, y que además, estos fondos fueron legalizados y destinados a inversiones en actividades diferentes a las de la salud (Cuello, 2015).

Adicionalmente para la Asociación Colombiana de empresas sociales del estado y hospitales públicos (ACESI), El problema de fondo es mucho más profundo que los actos individuales de corrupción. En los últimos años ha visto el país como el sector salud ha llegado a la sala de cuidados intensivos por la implementación de la Ley 100, pero además, por los privilegios que se le entregaron a las EPS para que intermedien financieramente el sector (ACESI, 2011).

Igualmente lo anterior deja como consecuencia un sistema de salud frágil cada día más, por tal razón según (Torres & Moreno, 2016), a causa de la corrupción, debilidad del Ministerio de Salud en la administración del sistema y recurrentes traslados y abusos por parte

de las EPS, las cuales se eternizan, practicando actividades de monopolio y dirigiendo los recursos sin mayor rigor, brindando un servicio de salud de baja calidad lo que ha experimentado que los colombianos ya no confíen en los actuales regímenes de salud.

Por lo tanto según expresan (Páez, Jaramillo, & Franco, s,f), desde la constitución de 1991 Colombia ha adquirido varias responsabilidades en lo que atañe a la salud de la población, buscando que ésta tenga un camino eficiente y oportuno a los servicios, como los es la ley 100 de 1993, la ley 1122 de 2007 y la 1438 de 2011, pero pese a estas leyes, y sus continuas transformaciones, el cual se definieron los incentivos para los actores del sistema, ha generado fenómenos indeseables, tales como la negación de servicios y los problemas de cartera de los hospitales, y es aquí donde a partir de estos antecedentes, y en el marco de una posible reforma al sistema de salud, que se hace una evaluación sistemática del modelo de gestión.

Otro problema en la salud según (El tiempo, 2016), es la situación de venezolanos en Colombia, el ministro dijo que hay 1.1 millones de migrantes venezolanos, situación que está generando presiones en materia de salud pública, por enfermedades infectocontagiosas, enfermedades emergentes, y por las solicitudes para el acceso directo a servicios.

Entre los años 2015 y 2016, según (Niño & Orozco, 2018), se ha incrementado en un 15% en el ingreso de venezolanos a Colombia, no obstante, muchos han ingresado irregularmente, y no se conocen sus contextos socio-económicos el cual los migrantes afrontan diferentes problemas de salud, entre ellos de salud mental, dificultades de acceso efectivo al sistema de salud con enfermedades crónicas, inseguridad alimentaria y explotación sexual, y que no ha sido fácil garantizar la atención a personas que requieren otros servicios lo cual puede agravar sus condiciones de salud.

Para Claudia Patricia Peñaranda Hernández gerente seccional de la **EPS MEDIMAS** en Norte de Santander expresa que el éxodo masivo que se ha generado de ciudadanos desde Venezuela ha impactado en todas las instituciones en Colombia, pero principalmente las entidades de salud las cuales han brindado atención de manera humanitaria especialmente en el servicio de urgencias (..) y numerosos de estos venezolanos encuentran suplir la ausencia de medicamentos y tratamientos que se tiene en el vecino país, y por esto asisten a las instituciones en Colombia donde se cuenta con el inventario para poder darle tratamiento a sus dolencias (Caracol.com, 2018).

Norma	Numero	Fecha	Descripción
Ley Estatutaria	No. 1751	Vigente	<p>Por Medio de la cual se Regula el Derecho Fundamental a la Salud y se Dictan Otras Disposiciones.</p> <p>Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.</p> <p>Artículo 5°. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá. Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e</p>

instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida. **Artículo 8°.** La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. **Artículo 9°.** Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados. **Artículo 10.** Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud.

		<p>Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud: a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad; b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno; c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante; d) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley; e) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres. Así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos.</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Análisis y resultados

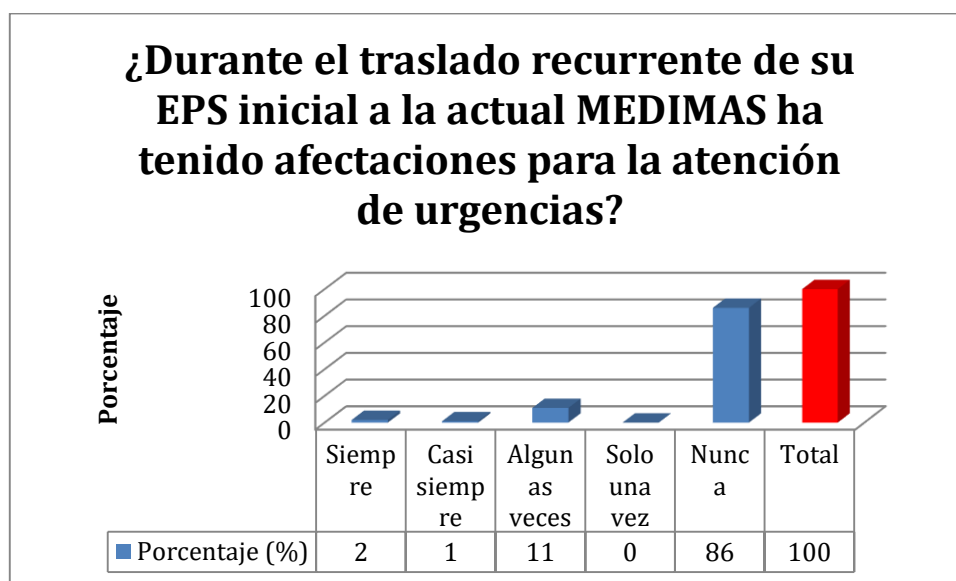
Los resultados y conclusiones de este trabajo estuvieron dirigidos a conocer el grado de afectación de los pacientes de MEDIMAS Pamplona con respecto a la atención médica, resultado de los traslados recurrentes de sus anteriores EPS. Los siguientes resultados fueron generados de la encuesta realizada a 377 pacientes, el cual estuvo diseñado con 10 preguntas tipo Likert.

Primera pregunta

1. ¿Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual MEDIMAS ha tenido afectaciones para la atención de urgencias?

Respuesta	Porcentaje (%)
Siempre	2
Casi siempre	1
Algunas veces	11
Solo una vez	0
Nunca	86
Total	100

Figura 1. Primera pregunta

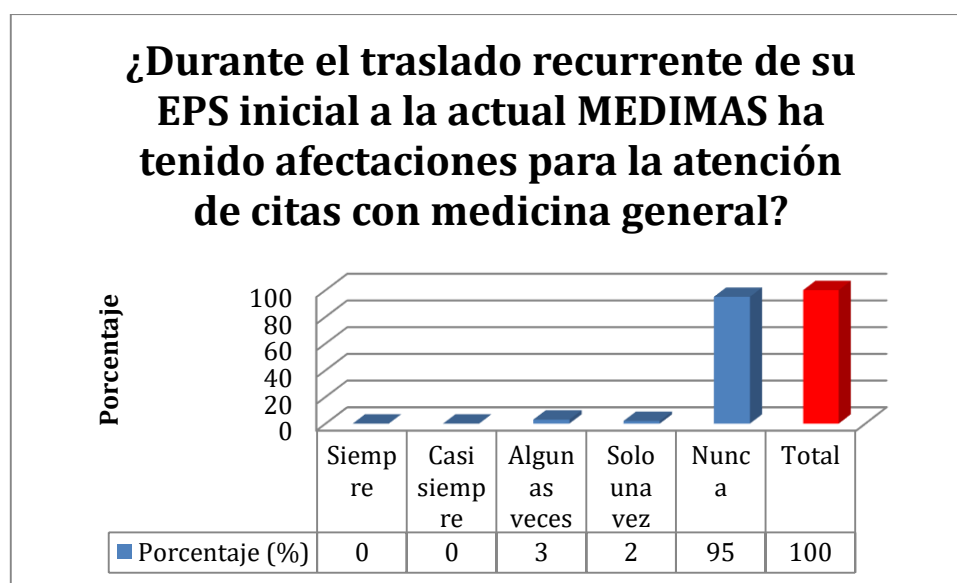


Análisis: Según la primera pregunta, en la gráfica anterior los resultados de la encuesta contestada por lo pacientes actuales de MEDIMAS, expresaron que en la mayoría de los casos nunca han tenido afectaciones para la atención de urgencias, con un resultado del 86%, en comparación con un 2%, el cual expresa haber tenido afectaciones en su atención.

2. ¿Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual MEDIMAS ha tenido afectaciones para la atención de citas con medicina general?

Respuesta	Porcentaje (%)
Siempre	0
Casi siempre	0
Algunas veces	3
Solo una vez	2
Nunca	95
Total	100

Figura 2. Segunda pregunta

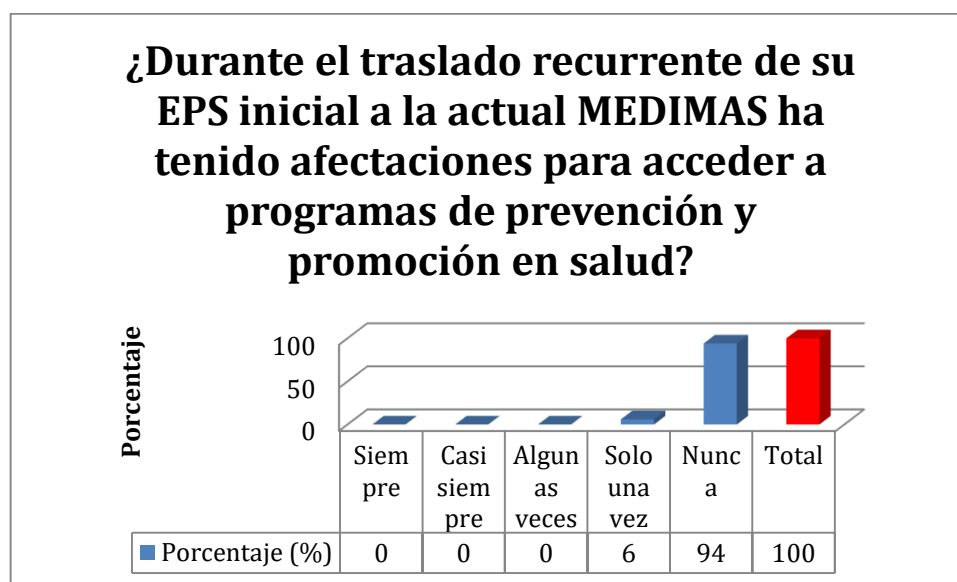


Análisis: según la segunda pregunta, en donde se le pregunta a los pacientes de MEDIMAS acerca de las afectaciones en la aprobación de citas de medicina general, arroja que solo el 3% ha tenido algunas veces inconvenientes, en relación con un 95% en donde la respuesta corresponde a que nunca han tenido problemas en relación a este servicio.

3. ¿Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual MEDIMAS ha tenido afectaciones para acceder a programas de prevención y promoción en salud?

Respuesta	Porcentaje (%)
Siempre	0
Casi siempre	0
Algunas veces	0
Solo una vez	6
Nunca	94
Total	100

Figura 3. Tercera pregunta

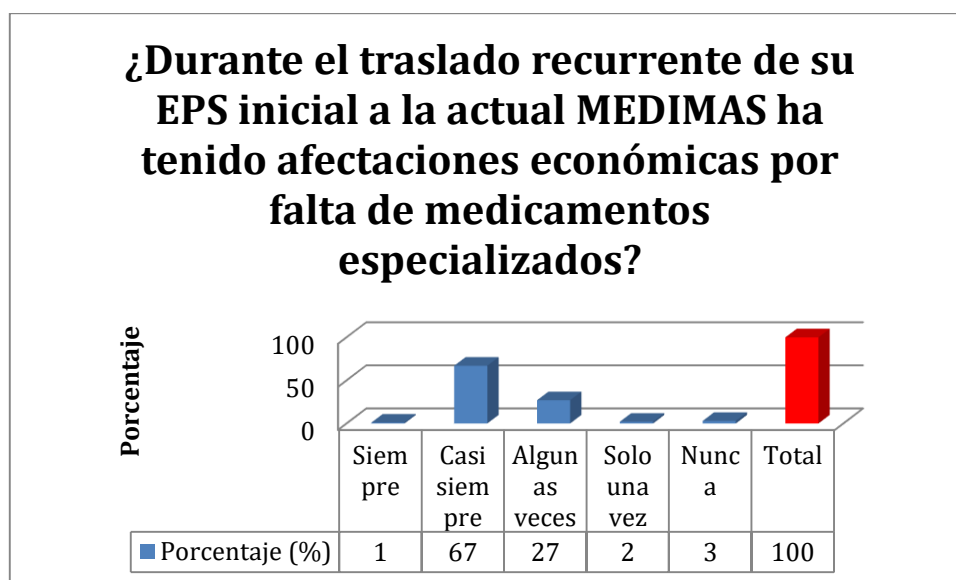


Análisis: El resultado de esta pregunta en donde se refiere a las afectaciones para acceder a programas de prevención y promoción en salud, corresponden a un 94% en donde los pacientes de MEDIMAS respondieron que nunca han tenido inconvenientes para este servicio, en comparación con un 6%, que dice haber tenido solo una vez alguna dificultad para poder tener acceso a este servicio.

4. ¿Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual MEDIMAS ha tenido afectaciones para acceder a medicamentos especializados?

Respuesta	Porcentaje (%)
Siempre	1
Casi siempre	67
Algunas veces	27
Solo una vez	2
Nunca	3
Total	100

Figura 4. Cuarta pregunta

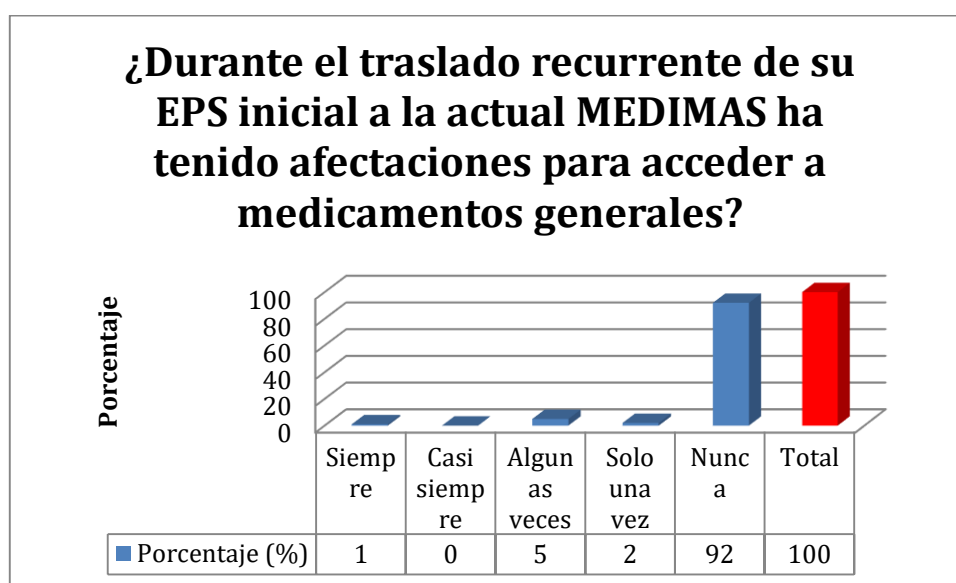


Análisis: En esta pregunta realizada a los afiliados a la EPS MEDIMAS en donde se indaga acerca de las afectaciones provenientes de no poder acceder a medicamentos especializados, arroja que en un gran porcentaje de las respuestas están dirigidas a que Casi siempre han tenido estos inconvenientes, y en un 27%, reflejando el gran vacío que tiene la EPS MEDIMAS para cumplir a tiempo con esta necesidad exigida por lo pacientes.

5. ¿Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual MEDIMAS ha tenido afectaciones para acceder a medicamentos generales?

Respuesta	Porcentaje (%)
Siempre	1
Casi siempre	0
Algunas veces	5
Solo una vez	2
Nunca	92
Total	100

Figura 5. Quinta pregunta

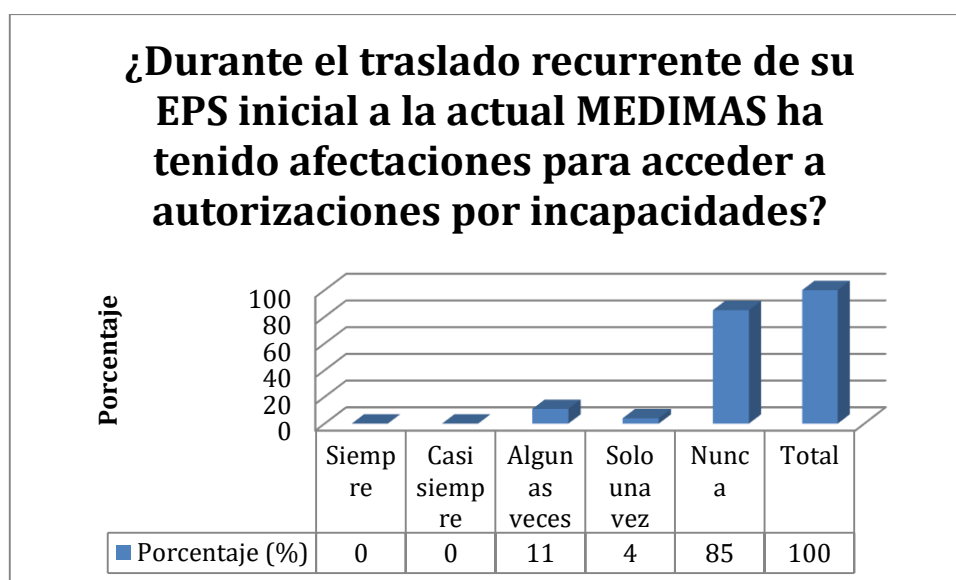


Análisis: Esta pregunta realizada a los pacientes de MEDIMAS se puede observar, que según la gráfica refleja que el 92% de los encuestados **NUNCA** han tenido problemas con la entrega de los medicamentos no especializados, en comparación con el 5% que dice responder que **ALGUNAS VECES** en donde se les ha dificultado para el reclamo de estos medicamentos básicos.

6. ¿Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual MEDIMAS ha tenido afectaciones para acceder a autorizaciones por incapacidades?

Respuesta	Porcentaje (%)
Siempre	0
Casi siempre	0
Algunas veces	11
Solo una vez	4
Nunca	85
Total	100

Figura 6. Pregunta seis

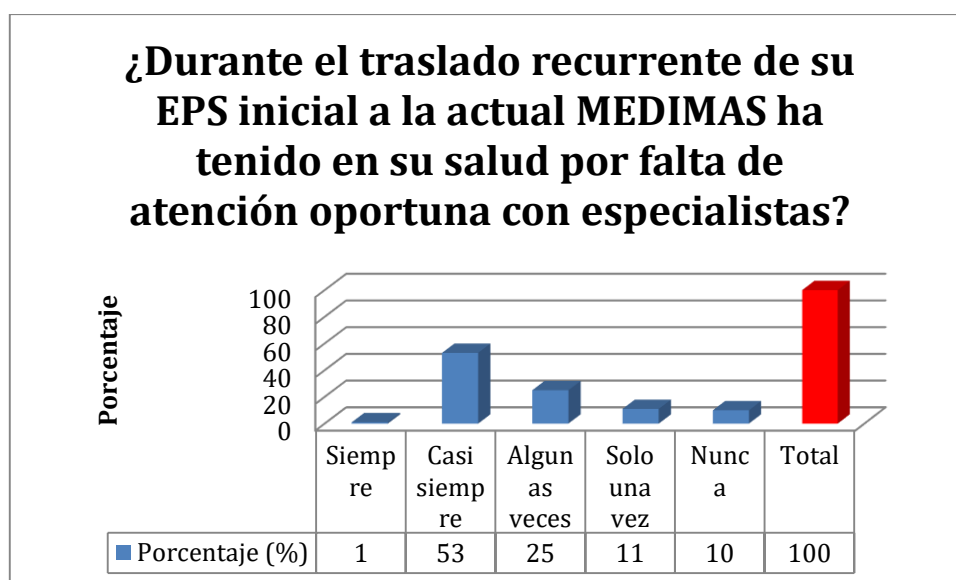


Análisis: Según la gráfica anterior, se puede observar que en las respuestas dadas por los pacientes de MEDIMAS, en donde se indaga acerca de si han tenido afectaciones por la no autorización de incapacidades, solo el 11% respondió que ALGUNAS VECES han tenido inconvenientes con este tipo de servicios, en comparación con un porcentaje alto, en donde la mayoría de los pacientes respondieron que NUNCA han tenido problemas con las autorizaciones, correspondiendo al 85%, que es casi la totalidad de los encuestados

7. ¿Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual MEDIMAS ha tenido afectaciones en su salud por falta de atención oportuna con especialistas?

Respuesta	Porcentaje (%)
Siempre	1
Casi siempre	53
Algunas veces	25
Solo una vez	11
Nunca	10
Total	100

Figura 7. Pregunta siete

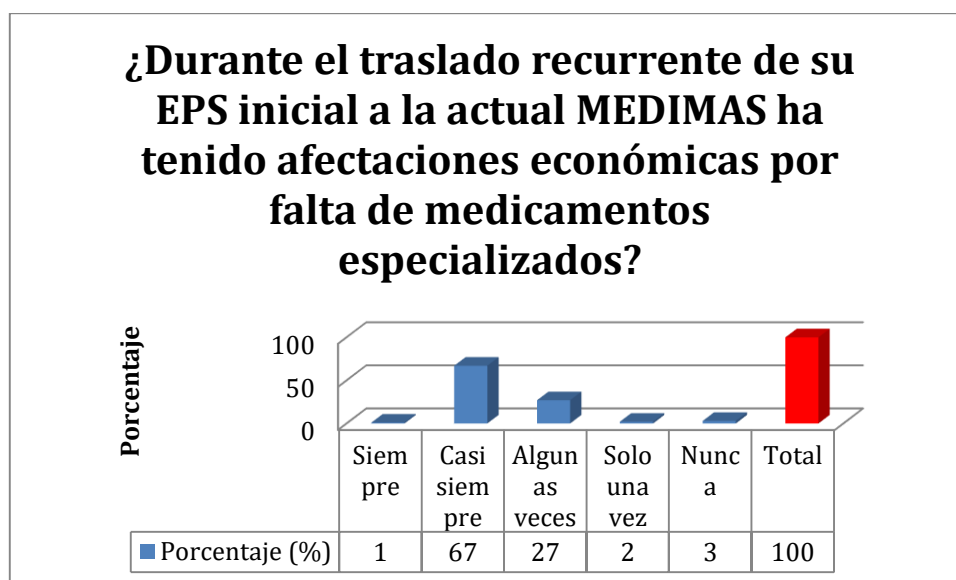


Análisis: Según la respuesta dada por los pacientes de MEDIMAS, se puede observar a través de la gráfica anterior, que la mayoría de los pacientes CASI SIEMPRE han tenido afectaciones por el motivo expuesto, equivaliendo al 53% de los encuestados, y un 25% respondió que ALGUNAS VECES, coincidiendo en la falta de atención oportuna con especialistas. Esto se puede comparar con las otras respuestas en donde un bajo porcentaje, han tenido esta atención oportuna, y en donde solo el 10% corresponde a que NUNCA han tenido inconvenientes con este servicio, y el 11% respondió que SOLO UNA VEZ han tenido dificultades.

8. ¿Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual MEDIMAS ha tenido afectaciones económicas por falta de medicamentos especializados?

Respuesta	Porcentaje (%)
Siempre	1
Casi siempre	67
Algunas veces	27
Solo una vez	2
Nunca	3
Total	100

Figura 8. Pregunta ocho



Análisis: La grafica anterior nos evidencia como los pacientes de la EPS MEDIMAS afirman haber tenido afectaciones económicas al no poder acceder a tiempo con los medicamentos especializados formulados, y esto da como resultado que el 67% respondió, que **CASI SIEMPRE** y el 27% **ALGUNAS VECES** han tenido estos problemas a la hora de acceder estos servicios, en comparación con un 3%, en el cual responden que **NUNCA**, un 2% **SOLO UNA VEZ** y un 1% **CASI SIEMPRE**.

Entrevista semiestructurada

Pregunta	Respuesta Informante clave
Cuál ha sido la gestión administrativa del HSDP para contrarrestar la demanda masiva proveniente de servicios médicos y de urgencias proveniente de los traslados de pacientes de MEDIMAS?	<p>La gestión administrativa que ha realizado el hospital estuvo enfocado en la identificación de las necesidades en insumos, y de personal necesarios para contrarrestar la demanda de los pacientes de Medimas, para éste caso se realizó un diagnóstico inicial para conocer como el HSDP opera de manera que sea posible equilibrar todos los procesos a nivel interno y externo requeridos para tal fin.</p> <p>Así pues después del cierre de la clínica pamplona, el hospital ha tenido que llevar a cabo la gestión para poder contratar más personal que comprende la demanda que los pacientes de MEDIMAS exigen en la atención de los servicios. Esta gestión está básicamente en poner al tanto a la gerencia, así como a los funcionarios de la gobernación de Norte de Santander, para que por medio de la secretaria de salud el gobernador tenga en cuenta el alcance de la demanda actual de estos pacientes y se pueda generar procesos que mitiguen la problemática actual, ya que el hospital que aunque tiene una capacidad de personal idónea, en ocasiones se satura por la cantidad de venezolanos que acuden a la prestación del servicio de urgencias. También es oportuno recalcar lo dicho con respecto a la demanda de ciudadanos venezolanos por parte de madres gestantes pues es evidente que sigue aumentando la atención para estos pacientes ya sea para</p>

	los controles prenatales, así como para la atención del parto.
--	----------------------------------------------------------------

Pregunta	Respuesta Informante clave
Cuál ha sido la gestión financiera del HSDP para contrarrestar la demanda masiva proveniente de servicios médicos y de urgencias proveniente de los traslados de pacientes de MEDIMAS?	La gestión financiera realizada por el hospital ha sido a través de la gestión de recursos requeridos a Medimas, así como para la gobernación de norte de Santander, con el propósito de incrementar los recursos necesarios para contrarrestar la demanda de pacientes provenientes de la prestación de los servicios, ya que se ha hecho necesario el pago de honorarios al personal contratado.

Pregunta	Respuesta Informante clave
<p>Cuál ha sido la gestión a nivel de recursos humanos del HSDP para contrarrestar la demanda masiva proveniente de servicios médicos y de urgencias proveniente de los traslados de pacientes de MEDIMAS?</p>	<p>Para el mes de junio de 2019 con el cierre de la clínica prácticamente el HSDP quedo como el único prestador del servicio de salud ante Medimas, y es así como Medimas como una de las ,más grandes del municipio, se viene a que nosotros prestemos los servicios, el cual el número de usuarios aumento significativamente, para contrarrestar y hacer frente a esta contingencia el hospital ha realizado un refuerzo en recursos humanos en el servicio de urgencia, con médicos, en donde inicialmente se tenían 2 médicos en el turno de la mañana, dos en el turno de la tarde y dos en el turno de la noche, y actualmente se tienen como refuerzo 5 médicos por cada turno en don se contrataron 3 médicos adicionales por turno , para un total de 15.adicionalmente se aumentó una enfermera por cada turno, un camillero 2 auxiliares adicionales en el servicio de urgencias, y en el traslado asistencial y hospitalización también se aumentó personal, adicionalmente un bacteriólogo, así como en el área de rehabilitación se aumentó el personal, de medios tiempos a tiempos completos, el cual se evidencia un aumento significativo en recursos humanos para hacer frente y cumplir con la prestación del servicio, y a pesar de que el aumento de personal ha sido importante, se puede decir que sentimos la necesidad de seguir aumentando personal, ya que la población de la ciudad de pamplona es importante.</p>

Pregunta	Respuesta Informante clave
<p>Cuál ha sido la gestión a nivel de infraestructura para contrarrestar la demanda masiva proveniente de servicios médicos y de urgencias proveniente de los traslados de pacientes de MEDIMAS?</p>	<p>La gestión que el hospital san juan de dios ha realizado a nivel de infraestructura ha sido muy poca, ya que los altos costos para esta gestión son demasiado altos. En el momento se realizó solo adecuaciones locativas en el área de urgencias, de manera que la atención sea mejorada, pues las antiguas instalaciones eran muy incómodas para el personal médico y los pacientes. Esta ampliación era muy importante pues las atenciones en urgencias se han incrementado por la atención de los pacientes provenientes de la EPS MEDIMAS, y de esta manera se logró aliviar un poco ese inconveniente.</p> <p>Otros trabajos de ampliación realizados en el hospital, son meramente locativos y están situados en algunas oficinas y consultorios en donde se ha realizado mantenimiento a paredes, y en algunos casos del techo.</p>

Pregunta	Respuesta Informante clave
<p>Cuál ha sido la gestión a nivel legal para contrarrestar la demanda masiva proveniente de servicios médicos y de urgencias proveniente de los traslados de pacientes de MEDIMAS?</p>	<p>Los aspectos legales que el hospital realiza están básicamente dirigidos al cobro y a los procedimientos necesarios para el cobro de la atención realizada a los pacientes de MEDIMAS, así como a los de COMPARTA, pues en primera instancia el hospital realiza la atención necesaria, así como la prestación de los servicios de urgencias, de manera que mensualmente se trasfiere el respectivo cobro para el pago al hospital san juan de Dios. Este manejo jurídico se realiza a través de un abogado que está contratado por el hospital, pues no es de planta, y él se encarga de analizar todos los casos que necesariamente necesita un concepto legal, y estamos hablando del cobro también de pagarés, letras, así como la revisión de los contratos del personal de planta, y de los empleados que se encuentran contratados mediante OPS, y contrataros a término indefinido. También este funcionario (a) está a cargo de revisar las tutelas, derechos de petición y todas las comunicaciones legales que son ingresadas a el área respectiva, proveniente de pacientes insatisfechos, o por ausencia y requerimiento de atención especializada que por cuestiones algunas veces de fuerza mayor no se pueden atender de inmediato y toca remitirlos a la ciudad de Cúcuta. También es importante resaltar que la gestión legal esta también encaminada a los debidos contratos realizados con MEDIMAS para la atención de los pacientes, en donde se ponen y se definen los alcances y restricciones del mismo. Por último la gestión legal también realizada por el hospital,</p>

	<p>está dirigida a los incumplimientos del contrato y a la petición de los pagos atrasados por parte de las entidades a las que se les presta el servicio.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6. Conclusiones

Los resultados provenientes de la encuesta realizada a una muestra de los pacientes de MEDIMAS están básicamente en determinar el grado de afectación de los mismos por parte de la entidad, resultado de los cambios recurrentes de su EPS inicial, así como de la atención básica y de urgencias.

Los resultados de esta investigación nos muestra como a partir de estos cambios recurrentes, y el cierre de la clínica pamplona, han sido trasladados los servicios en su totalidad al hospital san juan de dios y en donde actualmente se atienden los pacientes de la EPS MEDIMAS, el cual hacienden aproximadamente a 20.000 mil. Según el proceso realizado se puede concluir que la afectación ha sido mínima ya que el hospital ha podido suplir estas necesidades de manera oportuna y expedita. A consecuencia de esto el hospital ha tenido que ampliar su capacidad administrativa, adecuaciones al área de urgencias y algunos cambios locativos y de recursos humanos para poder abarcar estos pacientes provenientes de la EPS MEDIMAS.

Por lo tanto según la encuesta realizada se ha podido concluir que en primera instancia los servicios de urgencias han sido atendidos en su totalidad, y solo en casos especiales son remitidos a la ciudad de Cúcuta para su atención especializada que el hospital no puede suplir, por falta de equipos de alta tecnología. Este dato se puede visualizar en las respuestas en donde el 86% dice haber tenido el servicio sin ningún problema, y solo en casos aislados los pacientes se quejan por una atención lenta, pero que es resultado de la atención prioritaria de pacientes graves que llegan a urgencias. En cuanto a la atención necesaria a los pacientes de MEDIMAS concluye que el 95% de los encuestados no han tenido problemas en la atención de citas de medicina general, pero en la atención para acceder a citas con especialistas, el 53% dice tener inconvenientes para poder tenerlas de manera oportuna, esto a consecuencia de la falta de especialistas al interior del hospital san juan de dios, pues en su mayoría se

encuentran en la ciudad de Cúcuta. A su vez y a consecuencia de lo anterior también se puede concluir que los pacientes han tenido una afectación en la entrega de medicamentos especializados y que por esta razón han tenido que sacar dinero propio para poder comprarlas. De esta manera los pacientes, en un 67% han tenido afectaciones e inconvenientes económicos por esta razón, pues los medicamentos suelen ser de alto costo. En cuanto a las afectaciones con respecto a la atención de programas de prevención y salud, el 94% dice no haber tenido inconvenientes y que el hospital ha sido muy responsable en términos de prevención. Por ultimo según el trabajo realizado, los encuestados dicen no tener problemas con las incapacidades otorgadas por los médicos, y en donde solo un 11% dice algunas veces tener inconvenientes por este caso.

7. Recomendaciones

Según el trabajo realizado al hospital San Juan de Dios se recomienda lo siguiente:

- Continuar gestionando recursos para la ampliación de una infraestructura para adecuar más pacientes en habitaciones.
- Ampliar el recurso humano para suplir todas las necesidades en la atención prioritaria
- Contratar médicos especializados para la atención oportuna de los pacientes
- Mejorar la entrega de medicamentos especializados, para ser entregados a tiempo y evitar que los pacientes tengan que comprarlas.

8. Referencias Bibliográficas

Sentencia t-499 (2014).

ACESI. (2011). *La Corrupción en la salud colombiana es mucho más profunda que la denunciada*. Recuperado el 12 de Diciembre de 2019, de http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/ACESI_ComunicadoSituacionSaludMayo2011.pdf

Botero, C. A. (2008). *Calidad en salud en Colombia*. Bogotá: Editorial Scripto Ltda.

Caracol.com. (3 de Junio de 2018). *Medimas asume atención de colombianos retornados de Venezuela*. Recuperado el 12 de Enero de 2020, de https://caracol.com.co/emisora/2018/03/06/cucuta/1520344919_510541.html

Chamorro, M. C., Cepeda, M. R., & Fajardo, D. M. (2018). Calidad percibida de la atención en salud en una red pública del municipio de Pasto, Colombia. *Revista universidad y salud*, 20(2), 97-110.

Cuello, H. a. (2015). *Descripcion de las normas de aseguramiento de la informacion frente al*. Bogotá: Universidad militar Nueva Granada.

Departamento nacional de Planeación. (26 de Enero de 2016). *Seguridad Social Integral; Sistema de Seguridad Social en Colombia (Ley 100 de 1993)* . Recuperado el 11 de Enero de 2020, de <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-empleo-y-seguridad-social/Paginas/Seguridad-Social-Integral.aspx>

Diario el País. (15 de Noviembre de 2015). *Así fue como quebraron a Saludcoop*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2019, de <https://www.elpais.com.co/economia/asi-fue-como-quebraron-a-saludcoop.html>

El espectador. (26 de febrero de 2017). *El origen de la enfermedad de Cafesalud*. Recuperado el 10 de Octubre de 2019, de <https://www.elespectador.com/noticias/salud/el-origen-de-la-enfermedad-de-cafesalud-articulo-681968>

El espectador. (17 de marzo de 2019). *Los líos de Medimás ante las superintendencias*. Recuperado el 15 de Enero de 2020, de <https://www.elespectador.com/noticias/investigacion/los-lios-de-medimas-ante-las-superintendencias-articulo-847169>

El tiempo. (8 de Diciembre de 2016). *Condenas por malos manejos en la salud suma 2.1 billones: Contraloría*. Recuperado el 19 de Noviembre de 2019, de <https://www.eltiempo.com/justicia/cortes/audiencia-en-la-corte-constitucional-sobre-el-balance-del-servicio-de-salud-en-colombia-302196>

El Tiempo. (24 de Octubre de 2018). *El expediente contra 10 EPS por recobros irregulares El expediente contra 10 EPS por recobros irregulares al Fosyga*. Recuperado el 24 de Noviembre de 2019, de <https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/el-expediente-contr-10-eps-condenadas-por-recobros-irregulares-al-fosyga-285084>

El tiempo. (19 de Julio de 2019 a). *De saludcoop a Medimas, una historia espinosa*. Recuperado el 12 de Octubre de 2019, de <https://www.eltiempo.com/salud/historia-de-saludcoop-cafesalud-y-medimas-393126>

- Fonseca, A., Gonzalez, M., & Guevara, J. (2015 a). *La crisis de la seguridad social en materia de salud como servicio público esencial a cargo del estado*. Bogotá: Universidad libre.
- ley 100. (1993). *Sistema de seguridad social integral*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2020, de <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/51140/LEY+100-1993.pdf>
- Manga, G. (1 de Agosto de 2019). *La oscura y rara historia de la venta de Medimás*. Recuperado el 12 de Septiembre de 2019, de <https://www.semana.com/opinion/articulo/historia-de-la-venta-de-medimas-por-german-manga/597175>
- MinSalud. (2014). *Aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud*. Bogotá: Imprenta de Colombia.
- Morón, J. B., & Finol, K. G. (2015). Un análisis regional de la salud en Colombia. *Banco de la República*(222), 1-48.
- Niño, J. A., & Orozco, K. L. (2018). Migración venezolana en Colombia: retos en salud pública. *Revista salud*, 50(1), 1-2.
- Nugent, R. (1997). *La seguridad social:su historia y sus fuentes*. México.
- Páez, G. N., Jaramillo, L. F., & Franco, C. (s,f). *Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia*. Bogotá: Ministerio de salud y protección social.
- Porras, C. A., & Gorbanev, I. (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Revista. Gerencia. Política. y Salud*, 12(24), 74-86.
- Ramírez, Y. E., & López, M. E. (2011). Luchas por la salud en Colombia. Una propuesta teórica para su análisis. *Gerencia, política y salud*, 10(21), 62-82.
- Revista Dinero. (3 de Marzo de 2017). *“Los recursos públicos son sagrados, pero más los de la salud”:* gerente EPS Sura. Recuperado el 19 de Noviembre de 2020, de <https://www.dinero.com/pais/articulo/corrupcion-en-el-sector-de-la-salud-en-colombia/243376>
- Revista Dinero. (26 de Enero de 2020). *Déjà vu: el problema de Medimás*. Recuperado el 24 de enero de 2020, de <https://www.dinero.com/edicion-impresa/editorial/articulo/medimas-es-la-historia-que-se-repite-en-la-salud/262977>
- Revista Semana. (28 de abril de 2016). *os 6.376 millones de pesos perdidos en falsas tutelas*. Recuperado el 13 de Enero de 2020, de <https://www.semana.com/nacion/articulo/contraloria-ips-previsanar-causo-detrimento-de-6376-millones-en-falsas-tutelas/471334>
- Revista semana. (17 de octubre de 2017). *La calidad de la salud es el siguiente paso del sistema*. Recuperado el 10 de octubre de 2020, de <https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/la-calidad-en-el-sistema-de-salud-de-colombia/548402>
- Rozo, L. F., García, S. P., Moreno, L. M., & Moreno, J. R. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano:una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 16(32), 34-50.
- Salazar, G. J., Gallego, M. G., & Usme, M. L. (30 de Agosto de 2016). *Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los*. Recuperado el 12 de Diciembre de 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v7n2/v7n2a09.pdf>

SEMANA. (2 de Enero de 2020). *La violencia y la corrupción afectan la salud de los colombianos*. Recuperado el 12 de Enero de 2020, de <https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/violencia-y-corrupcion-en-la-salud-de-colombia/513833>

Torres, S. M., & Moreno, A. P. (2016). *Recobros y Crisis Financiera del Sistema de Salud en Colombia (2008-2014) Estudio del caso Saludcoop EPS*. Bogotá: Universidad libre.

Triviño, A. F. (2013). Coyuntura del sistema de salud en Colombia:caracterización de una crisis desde las particularidades financieras de las EPS. *Gestión y desarrollo*, 10(1), 1-14.

9. Anexos

10. Anexo A. Entrevista Semiestructurada

11.

UNIVERSIDAD NACIONAL A DISTANCIA

Facultad de _____

Entrevista Semiestructurada

Sexo	M_____ F_____	Lugar de la aplicación	
Ciudad		Cargo Administrativo	

La siguiente entrevista es realizada es con el fin de determinar las medidas a nivel administrativo, financiero, recursos humanos, infraestructura y a nivel legal que el hospital San Juan de Dios ha realizado para contrarrestar la demanda masiva proveniente de servicios médicos y de urgencias proveniente de los traslados de pacientes de MEDIMAS

Para la medición de este objetivo se realizara a través de una entrevista semiestructurada.

Categoría I. Administrativa

1. Cuál ha sido la gestión administrativa del HSDP para contrarrestar la demanda masiva proveniente de servicios médicos y de urgencias proveniente de los traslados de pacientes de MEDIMAS?

Categoría II. Financiera

2. Cuál ha sido la gestión financiera del HSDP para contrarrestar la demanda masiva proveniente de servicios médicos y de urgencias proveniente de los traslados de pacientes de MEDIMAS?

Categoría III. Recursos humanos

3. Cuál ha sido la gestión a nivel de **recursos humanos** del HSDP para contrarrestar la demanda masiva proveniente de servicios médicos y de urgencias proveniente de los traslados de pacientes de MEDIMAS?

Categoría IV. Infraestructura

4. Cuál ha sido la gestión a nivel de **infraestructura** para contrarrestar la demanda masiva proveniente de servicios médicos y de urgencias proveniente de los traslados de pacientes de MEDIMAS?

Categoría V. Jurídica

6. Cuál ha sido la gestión a nivel **legal** para contrarrestar la demanda masiva proveniente de servicios médicos y de urgencias proveniente de los traslados de pacientes de MEDIMAS?

ANEXO B. Encuesta usuarios de Medimas

1. Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual ha tenido afectaciones para la atención de urgencias?	Siempre	casi siempre	algunas veces	solo una vez
	Nunca		X	
2. Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual ha tenido afectaciones para la atención de medicina general?	Siempre	casi siempre	algunas veces	solo una vez
	Nunca		X	
3. Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual ha tenido afectaciones para acceder a programas de prevención y promoción en salud?	Siempre	casi siempre	algunas veces	solo una vez
	Nunca			X
4. Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual ha tenido afectaciones para acceder a medicamentos especializados?	Siempre	casi siempre	algunas veces	solo una vez
	Nunca		X	
5. Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual ha tenido afectaciones para acceder a medicamentos generales?	Siempre	casi siempre	algunas veces	solo una vez
	Nunca	X		
6. Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual ha tenido afectaciones para acceder a las autorizaciones por incapacidades?	Siempre	casi siempre	algunas veces	solo una vez
	Nunca	X		
7. Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual ha tenido afectaciones en su salud por la falta de atención oportuna?	Siempre	casi siempre	algunas veces	solo una vez
	Nunca	X		

8. Durante el traslado recurrente de su EPS inicial a la actual ha tenido afectaciones económicas por la falta de atención oportuna?

Siempre

casi siempre

algunas veces

solo una vez

Nunca